

(様式1)

家族介護慰労金支給申請書

令和 年 月 日

大阪市長様

家族介護慰労金の支給を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

介護者 (申請者)	住所	〒	TEL
	姓 氏名		要介護高齢者との関係

要介護 高齢者	姓 氏名		生年月日
			明・大・昭 年 月 日
			( ) 歳
申請者と住所 が異なる場合	介護 認定	要介護 4 • 5	
		住所 〒	TEL

誓約書及び同意書

介護者が申請者のほかに複数いる場合は、申請者が代表して家族介護慰労金の申請及び受領を行うことについて同意済みであり、支給決定後及び慰労金受領後には、申請者又は他の介護者から大阪市に異議を申し立てないことを誓約します。

また、家族介護慰労金の支給要件決定のために必要があるときは、要介護高齢者及び介護者の身体状況、介護状況、介護保険サービスの利用状況、その他必要事項について市が調査を行い、担当地域包括支援センターに提供すること及び介護の実態を調査するために、担当地域包括支援センターの職員が自宅に立ち入ることに同意します。

令和 年 月 日

介護者(申請者) 氏名 \_\_\_\_\_

医療機関等への入院歴(申請日過去1年間)						
年	月	日	～	年	月	日 医療機関名( )
年	月	日	～	年	月	日 医療機関名( )
年	月	日	～	年	月	日 医療機関名( )

## 家族介護状況申告書

(様式1 うら)

あなたが日頃おこなっている介護について、下記の事項にあてはまるものに○をして下さい。

## 1 食事に関する介護

(1全部介助している、2一部介助している、3見守りをしている、4していない)

## 2 排泄に関する介護

(1 全部介助している、2一部介助している、3見守りをしている、4していない)

### 3 入浴に関する介護

(1 全部介助している、2一部介助している、3見守りをしている、4していない)

4 移動に関する介護

(1全部介助している、2一部介助している、3見守りをしている、4していない)

## 5 清潔・整容に関する介助（洗顔、口腔清潔、洗髪、身体の清潔など）

(1全部介助している、2一部介助している、3見守りをしている、4していない)

6 その他(上記以外で介助していることがありましたら、具体的に記入して下さい。

(様式2)

家族介護慰労金支給〔決定・却下〕通知書

第 号  
令和 年 月 日  
様

大阪市長

年 月 日に受け付けました家族介護慰労金支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

次のとおり認定します。

決 定 番 号		( 区 )	第	号
要介護 高齢者	住 所	大阪市 区		
	氏 名		要介護度	要介護 4 • 5
支 給 対象者	住 所	大阪市 区		
	氏 名			
対象期間		年 月 日	～	年 月 日
留 事 意 項	後日、ご指定の金融機関口座に家族介護慰労金を振り込みますので、 家族介護慰労金支給請求書を福祉局地域包括ケア推進課に提出して ください。			

次の理由により却下します。

(該当しない理由)

(様式3)

## 家族介護慰労金支給請求書

令和 年 月 日

大阪市長 様

住所 大阪市 区

氏名

次のとおり慰労金の交付を請求します。

金 円

なお、慰労金の交付にあたっては、下記の私名義の預金口座に口座振替されるよう申し出ます。

振込先銀行名	銀行	支店
預 金 種 目 (いずれか○印)	当 座 • 普 通 • 貯 蓄	
口 座 番 号		
フ リ ガ ナ		
口 座 名 義		

(様式4)

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 地域包括支援センター長 様

福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課長

家族介護慰労金支給にかかる訪問調査について（依頼）

標題について、次の要介護高齢者に対する家族介護状況の訪問調査を依頼します。  
なお、調査結果については、令和 年 月 日までに報告をお願いします。

記

1 要介護高齢者

- (1) 氏名
- (2) 生年月日 年 月 日
- (3) 住所 大阪市 区
- (4) 要介護度

2 介護者

- (1) 氏名
- (2) 住所 大阪市 区
- (3) 要介護高齢者との続柄

(様式5)

## 家族介護状況報告書

福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課長 様

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日付けで依頼のありました家族介護慰労金訪問  
調査について、次のとおり報告します。

訪問対象者氏名 \_\_\_\_\_

訪問対象者住所 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

訪問日時 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_：\_\_\_\_～\_\_\_\_：\_\_\_\_

家族介護状況 申請書の状況申告のとおり確認しました。

【特記事項】 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

地域包括支援センター 職員名 \_\_\_\_\_

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日